

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N° 170

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Suzanne LÉVY

Externe des Hôpitaux

Médaille d'Honneur (argent), Ministère de la Guerre 1917

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES BILATÉRAUX DES OVAIRES

AU COURS DE LA GROSSESSE

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

170

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Suzanne LÉVY

Externe des Hôpitaux

Médaille d'Honneur (argent), Ministère de la Guerre 1917

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES BILATÉRAUX DES OVAIRES

AU COURS DE LA GROSSESSE



Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

Anatomie	MM.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.		GUNEO
Physiologie		Ch. RICHET
Physique Médicale		André BROCO
Chimie organique et Chimie générale		DESGREZ
Bactériologie		BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.		Marcel LABBE
Pathologie médicale		RENON
Pathologie chirurgicale		LECENE
Anatomie pathologique		LETULLE
Histologie		PRENANT
Opérations et appareils		DUVAL
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		CARNOT
Hygiène		BERNARD
Médecine légale		BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale.	}	ACHARD
		WIDAL
		GILBERT
		CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance		MARFAN
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JEANSELMÉ
Clinique des maladies du système nerveux		P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.		TEISSIER
		DELBET
Clinique chirurgicale.		GOSSET
		LEJARS
		HARTMANN
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU
		BAR
Clinique d'accouchement.		COUVELAIRE
		BRINDEAU
Clinique gynécologique		J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.		Aug. BROCA
Clinique thérapeutique		VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie		SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LEMERRE	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBŒULLET	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MA SŒUR

A MA TANTE, MADAME ALBERT CAHEN

En témoignage de ma profonde tendresse.

A LA MAISON D'ÉDUCATION DE LA LÉGION D'HONNEUR
DE SAINT-DENIS

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de clinique gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Officier de la Légion d'Honneur

*Avec une profonde gratitude pour le grand
honneur qu'il me fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTE MÂITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR EDGARD HIRTZ

Médecin de l'Hôpital Necker. Officier de la Légion d'Honneur

*Qui, depuis mon enfance, fut toujours
pour moi un grand ami et voulut bien
me guider de ses précieux conseils
au début de mes études médicales.*

*Son souvenir ne s'effacera jamais
de ma mémoire.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR EDMOND LESNÉ

Médecin de l'Hôpital Trousseau

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui voulut bien m'encourager dans mes
études, me conseiller au lit du ma-
lade et à qui je suis heureuse de
témoigner ici ma respectueuse affec-
tion et ma reconnaissance pour sa
bienveillance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNIN

Accoucheur de l'Hôpital Tenon

*Que je tiens à remercier de l'intérêt
qu'il m'a toujours porté; avec l'as-
surance de ma respectueuse et pro-
fonde gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Le Docteur HIRTZ, Hôpital Necker 1912-13.

Le Docteur WIART, Hôpital Saint-Antoine, 1913.

EXTERNAT

Le Professeur J. L. FAURE, Hôpital Cochin (*fonction d'interne*),
1914-1919.

Le Docteur LESNÉ, Hôpital Tenon-Trousseau, 1919-1920.

Le Docteur JEANNIN, Hôpital Charité-Tenon, 1920-1921.

Messieurs les Docteurs MERKLEN — BENSAUDE —
L. RAMOND — FUNCK-BRENTANO, médecins et accou-
cheur des Hôpitaux.

A Madame le Docteur FRANCILLON LOBRE, ancien interne
des Hôpitaux.

A Monsieur le Docteur DOUAY, chef des travaux gynécolo-
giques à l'Hôpital Broca.

Monsieur le Professeur agrégé CHAMPY, chef de laboratoire
à l'Hôpital Broca.

Monsieur le Docteur MASSART, chef de clinique adjoint à
l'Hôpital des Enfants Malades.

Monsieur FLANDRIN, interne des Hôpitaux.

*Avec mes remerciements pour
les conseils qu'ils ont bien
voulu me donner.*

Au moment de terminer mes études médicales, je tiens à adresser, tout spécialement l'expression de mon infinie reconnaissance à mon Maître M. le Professeur Jean-Louis FAURE.

J'ai eu le grand honneur, faisant partie de son service à la déclaration de la guerre, d'être appelée par lui à y remplir les fonctions d'Interne pendant cinq années.

Durant ces longs et douloureux mois de la Grande Guerre j'ai pu l'assister chaque jour, tant dans son beau service de l'Hôpital Cochin, que dans les ambulances où son activité et son patriotisme le conduisaient auprès de nos grands blessés.

Là, comme au pavillon Bouilly, j'ai pu admirer sa grande science chirurgicale et apprendre à apprécier cet art si noble et si difficile qu'est la chirurgie.

Je ne pourrai jamais assez le remercier des grands exemples qu'il m'a donnés, ni assez lui dire l'admiration que m'inspirèrent sa haute conscience professionnelle et son inépuisable bonté.

Je lui suis extrêmement reconnaissante de la confiance qu'il m'a toujours témoignée et de son affectueuse bienveillance à mon égard.

Je lui réitère ma gratitude pour les conseils qu'il a bien voulu me donner pour la rédaction de ma thèse et pour le grand bonheur que j'ai de la lui voir présider.

INTRODUCTION

Les kystes unilatéraux de l'ovaire compliquant la grossesse sont connus et étudiés depuis longtemps, leur fréquence est relativement grande.

En France comme à l'étranger chirurgiens et accoucheurs ont rapporté des cas de kystes ovariens coexistant avec une grossesse et ont étudié leur influence réciproque.

En France Condamin, Brindeau, J.-L. Faure, Puech, Vanverts, Jeannin, Wallich et Mouchotte, Couvelaire, Delbet ont dans des communications et des écrits, établi la conduite à tenir dans de tels cas.

Ces dernières années, des études ont été poursuivies sur ce même sujet par Alvres-Pinto, Ferrand, et tout récemment Bernard, dans sa thèse, nous donne le résultat de ses recherches faites à la Clinique Baudelocque sur des observations recueillies depuis 1890.

Il semble qu'à l'heure présente nul chirurgien ne puisse se trouver embarrassé en présence de kyste ovarique unilatéral en rapport avec une gestation : les indications opératoires sont fixées.

Plus rares sont les kystes bilatéraux, on les rencontrerait 120 fois sur 1217 cas d'après Puech et Vanverts.

Leur étude a donné lieu à plus de controverses ; si l'on est d'accord à l'heure présente quant au traitement, on discute toujours ses résultats au sujet de l'avenir de la grossesse.

En 1892, Polaillon, dans une communication à l'Académie de Médecine, faisait part d'un cas « d'ovariotomie double chez une femme enceinte de 4 mois avec continuation de la grossesse et accouchement à terme d'un enfant vivant. »

Périer rapportait en 1897 une observation de Mouchet.

Loewy et Guéniot en 1902, étudiaient dans le service de Bouilly « les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires » et dans un travail fourni rapportaient plusieurs observations à ce sujet. Campbell en 1908 à Londres faisait paraître dans *The Lancet* une note sur un cas de tumeurs dermoïdes bilatérales associées à une grossesse.

Puech et Vanverts, Grosse en France, Manton à Chicago, Deleltrez à Bruxelles, Stropeni à Milan étudiaient le même sujet.

La discussion est toujours ouverte car comme le disait Pottet en 1910 dans sa thèse : Il faudrait posséder un grand nombre d'observations prises dans le sens qui nous intéresse pour pouvoir tirer des conclusions directes des ovariectomies chez la femme enceinte et celles-ci sont, en pratique, exceptionnelles ».

Ayant eu l'occasion à dix jours d'intervalle, dans le service de notre Maître le Professeur J.-L. Faure d'en voir deux cas, et ayant pu les suivre quant à leurs conséquences, nous avons voulu apporter notre modeste contribution de recherches à ce sujet.

KYSTES BILATÉRAUX ET FÉCONDATION

Les tumeurs ovariennes unilatérales prédisposent à la stérilité et d'après les classiques 1/3 seulement de ces femmes reste fécond.

L'ablation de l'ovaire malade, dit Bethel-Salomons (1920), permet à l'autre de fonctionner normalement et des gestations peuvent se produire. Mais dans notre étude nous envisageons les deux ovaires kystiques ; malgré cela une partie d'ovaire a fonctionné puisque l'ovulation s'est produite et la fécondation a eu lieu.

On a dit que seuls, les kystes dermoïdes bilatéraux, étaient susceptibles de permettre le développement d'une grossesse.

Walther en 1901 à la Société de chirurgie a rapporté le cas d'une femme ayant eu six grossesses et porteuse de kystes dermoïdes doubles.

L'une de nos malades, secundipare, avait 2 kystes dermoïdes, mais l'autre, primipare, était porteuse de kystes végétants bilatéraux et nous verrons comme pour la première grossesse qu'elle a été menée à terme.

Cette affection cependant est une cause de stérilité ultérieure puisque, comme nous l'établirons, l'indication opératoire entraîne l'ablation des deux kystes dans lesquels sont toujours inclus les ovaires.

SYMPTÔMES

En général au début tout comme pour les kystes unilatéraux les kystes bilatéraux ne se traduisent par aucun symptôme.

Ce n'est que lorsqu'ils grossissent qu'ils sont perçus, soit qu'ils déterminent des douleurs, des tiraillements, des compressions comme cela fut le cas de Mme S... (Obs. I) ; soit simplement que le volume de ces 2 masses surajouté à la présence d'un utérus gravide, inquiète la malade par le développement excessif de l'abdomen qui l'empêche de s'habiller (Obs. II).

Parfois, surtout dans les kystes végétants, les tumeurs grossissent rapidement et l'enclavement de l'une d'elles dans le bassin, provoque des compressions, d'où douleurs abdominales, pelviennes, ou œdème des membres inférieurs.

INFLUENCE DE L'ÉTAT PUERPUÉRAL SUR L'ÉVOLUTION DES KYSTES

Pendant la grossesse

La grossesse peut n'exercer aucune influence sur les kystes, c'est là l'exception.

Ordinairement ils évoluent avec grande rapidité et des femmes ayant depuis longtemps des kystes ovariens méconnus, voient subitement apparaître des symptômes révélateurs dès qu'elles deviennent enceintes.

Ceci a surtout lieu pour les kystes mucoïdes.

Généralement sans gravité, se comportant comme des tumeurs bénignes, ils peuvent, sous l'influence d'une gestation, se transformer en tumeurs malignes, se généraliser et atteindre très rapidement l'état général tout comme le ferait un épithélioma.

Les kystes dermoïdes bilatéraux sont plus rares que les précédents ; Puech et Vanverts en comptent 51 sur 120 cas contre 54 mucoïdes.

Ce sont cependant ceux qui ont été le plus étudiés en coexistence avec la grossesse, et Loewy et Guéniot dans la *Revue de Pozzi*, nous en ont rapporté de nombreux exemples.

De volume plus petit, ils sont moins susceptibles de dégénérer.

Cependant, ils peuvent amener de sérieux désordres : par leur développement, l'enclavement dans le bassin, soit par

la compression de l'utérus gravide, soit par celle de l'autre kyste.

On compte plus de torsions des pédicules pendant la grossesse qu'à l'état non gravide. Cette torsion peut se faire brusquement et déterminer des phénomènes péritonéaux graves.

La rupture des kystes est également fréquente, de même que la suppuration.

Pendant le travail

Les kystes peuvent se rompre s'ils sont volumineux ; l'un au moins peut s'enclaver et ce kyste prævia peut être expulsé au-devant du fœtus.

INFLUENCE DES KYSTES SUR L'ÉTAT PUERPUÉRAL

Sur la grossesse

Au début, les kystes ne gênent pas l'évolution normale de l'utérus, mais dès le troisième mois, parfois avant, les kystes ayant augmenté rapidement comme nous venons de le voir, entravent la bonne position de l'utérus.

En effet, dans les kystes bilatéraux, l'un d'eux bascule dans le Douglas, tandis que l'autre reste abdominal. De cette façon l'utérus est comprimé entre ces deux masses, refoulé, dévié, en avant, en arrière ou latéralement ; et si les deux kystes demeurent abdominaux leur volume peut déterminer l'enclavement de l'utérus dans le petit bassin.

Cette compression empêche le développement normal de la matrice, sa bonne nutrition, ce qui provoque soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré et cela avec plus de fréquence que dans les kystes unilatéraux.

Nombre de femmes qui ne peuvent à plusieurs reprises mener une grossesse à terme, sont porteuses de kystes méconnus de l'ovaire ; on invoque, une maladie dyscrasique quelconque, on les traite souvent pour de la syphilis et un examen approfondi pourrait éveiller l'attention sur la cause réelle de ces accidents.

De plus, cette masse formée des deux tumeurs kystiques, détermine des compressions de la vessie, du rectum et est

la cause de troubles qui rendent la grossesse très pénible et amènent rapidement un mauvais état général.

Sur le travail

Si la grossesse continue la dystocie est de règle surtout si ce sont des kystes dermoïdes, véritables tumeurs solides qui, enclavées dans le bassin, empêchent le travail d'avancer et sont cause d'accidents graves pour la mère et pour l'enfant.

DIAGNOSTIC

Pendant la grossesse

Le diagnostic de kyste ovarien est parfois extrêmement difficile et peut donner lieu à de nombreuses erreurs. Ici il l'est particulièrement, car il s'agit d'établir la présence d'un utérus gravidé et celle des kystes.

Les kystes peuvent empêcher de palper l'utérus et de s'assurer qu'il est augmenté de volume ; la modification des règles est ici un signe trompeur ; une fois sur cinq d'après Gallard, elles sont supprimées dans les kystes ovariens.

De même le ramollissement du col est un symptôme sans valeur, on le trouve souvent au moment des règles et aussi en rapport avec des kystes ovariens.

On doit donc, en présence d'une femme qui se plaint de douleurs abdominales, d'augmentation de volume de son ventre, de troubles de la menstruation, s'assurer qu'elle est enceinte.

L'examen abdominal ne permet pas à lui seul d'affirmer la grossesse dans de telles conditions. On devra s'efforcer de rassembler tous les symptômes possibles qui feront présumer la gravidité.

Les seins sont augmentés de volume, le mamelon est pig-

menté, la circulation veineuse y est intense, enfin on peut faire sourdre quelques gouttes de colostrum du mamelon.

Si on voit la malade plus tardivement, on cherchera les bruits du cœur fœtal, en déplaçant au besoin la femme sur le côté afin d'essayer d'entendre le cœur fœtal en arrière de la tumeur. On cherchera les mouvements actifs, on tâchera de diagnostiquer la position du fœtus.

Très souvent si les kystes sont dermoïdes ils peuvent rester méconnus jusqu'au moment où un accouchement dystocique viendra les révéler (Obs. XII).

Si l'on a trouvé la présence d'un utérus gravide flanqué de masses augmentant par leur présence la tension abdominale il reste à faire le diagnostic de ces tumeurs.

On essaiera de s'assurer que kystes et utérus forment trois tumeurs distinctes. Hegar a proposé un procédé, peu employé, qui consiste à attirer le col en bas avec une pince de Museux, et par le toucher rectal à chercher le fond utérin ; cet abaissement sépare la matrice des autres masses.

Diagnostic différentiel. — Des kystes bilatéraux petits peuvent faire penser à des lésions salpingiennes, on les trouve également de chaque côté de l'utérus, de même grosseur, souvent de même sensibilité.

Cependant les commémoratifs fixeront un diagnostic hésitant car ces lésions salpingiennes ont des antécédents avec fièvre, pertes, crises douloureuses.

On pourra songer à une grossesse gémellaire les kystes pouvant, s'il est difficile de s'assurer qu'ils sont indépendants de la matrice, en imposer pour des pôles fœtaux ; on trouve une tension permanente qui augmente encore le doute

puisque cette tension peut-être utérine, due à la *gémellité*, ou être le fait de kystes ovariens en position abdominale ; des signes accessoires tels que œdème des membres inférieurs, varices etc., sont communs et n'éclairent pas le diagnostic.

Le toucher peut permettre de percevoir une tumeur dans l'excavation, tumeur qui peut faire songer à une tête fœtale et égarer les recherches.

Il n'y a guère que les antécédents au début qui peuvent aider au diagnostic différentiel : si c'est une multipare, elle accuse des nausées, des malaises plus violents qu'à l'ordinaire.

Dès qu'on peut ausculter on pourra lever le doute en cherchant les deux foyers d'auscultation.

Si l'un des kystes est inclus dans la cavité pelvienne il peut en imposer pour une *grossesse extra-utérine* ou une *hématocele*.

On recherchera les symptômes actuels dont le plus important est l'écoulement sanguin :

On peut confondre les kystes avec un *utérus fibromateux* ou avec un fibrome pédiculé. Mais le fibrome s'accompagne de métrorragies ou de ménorragies, même chez une femme enceinte alors que les kystes par eux-mêmes sont susceptibles de supprimer la menstruation.

Les fibromes augmentent moins rapidement que les kystes.

Si l'utérus et les tumeurs ne forment qu'une masse il faut plutôt songer à un fibrome qu'à un kyste, bien que celui-ci végétant, puisse adhérer à l'utérus.

Cette masse fibromateuse durcit pendant les contractions

utérines alors que les kystes ovariens ne se modifient pas.

Il faut songer au *rein flottant*, mais celui-ci provoque des troubles urinaires. Comme on le verra dans notre première observation notre malade ayant ressenti des douleurs persistantes dans la fosse iliaque droite, consulta et on pensa à un rein flottant. Mais les douleurs continuant et son ventre augmentant de volume, elle vint quelques semaines plus tard, trouver M. Faure qui diagnostiqua des kystes ovariens (Obs. I).

Enfin, si les tumeurs sont mal délimitées, si on ne constate qu'une surdistension abdominale on cherchera s'il n'y a pas d'*ascite*, et on pensera surtout à une grossesse avec *hydramnios* si l'on est en présence de gros kystes.

Pendant l'accouchement

Nous avons vu que les kystes enclavés dans le petit bassin peuvent amener la dystocie et déterminer la rupture utérine (Devraigne). On fait le diagnostic en cherchant pourquoi l'accommodation ne se fait pas, pourquoi le travail n'avance pas.

Diagnostic positif. — Nature des tumeurs. — Les antécédents n'éclairent guère le diagnostic ; il faut s'en tenir aux données récentes et examiner bien attentivement l'abdomen par une palpation et une percussion soignées.

Par la palpation on cherche à délimiter les tumeurs, à se rendre compte de leurs formes, de leur consistance.

La percussion donne des indications utiles. Les gros kystes viennent souvent se loger entre l'utérus gravide et la paroi, et on trouve de la matité médiane et de la sonorité

dans les flancs. Mais c'est au toucher bimanuel qu'il faut demander le plus de renseignements.

Il doit se faire avec 2 doigts, index et médus, afin de pouvoir convenablement et plus nettement explorer l'utérus et les annexes, tandis que la main abdominale cherche à travers la paroi à délimiter les organes, à les abaisser vers la main vaginale.

On cherche tout d'abord la position de l'utérus, sa grosseur, sa consistance, puis on explore chaque cul-de-sac latéral et le Douglas.

Comme on le verra dans nos deux observations le diagnostic de kystes bilatéraux fut fait de cette manière.

Dans le 1^{er} cas on sentit dans le cul-de-sac latéral droit une masse mobile, indépendante de l'utérus et dans le cul-de-sac gauche et le Douglas une masse moins volumineuse, indépendante de la matrice et de l'autre côté, ayant tous les caractères de kystes mucoïdes.

Dans le second cas également on trouvait dans le cul-de-sac postérieur un kyste et dans le flanc droit on percevait une seconde tumeur, ce qui fit porter le diagnostic de kystes bilatéraux.

Le diagnostic positif doit être précisé et l'on doit examiner à quelle variété appartiennent les kystes.

Cela n'est pas toujours aisé et Kœberlé disait que seule la ponction pouvait renseigner à coup sûr. Or rien n'est plus dangereux que cette intervention chez une femme enceinte : la lésion de l'œuf peut s'en suivre. Même le ventre ouvert le diagnostic ne s'impose pas toujours, mais alors le trocart est de la plus grande utilité pour lever le doute, car ici on voit ce que l'on fait.

Au début, le diagnostic est impossible. Plus tard, les kystes *mucoides* ou proligères (POZZI), présentent une surface irrégulière ; ils sont à évolution rapide, siègent ordinairement dans l'abdomen et parfois on peut percevoir des bosselures, des végétations qui envahissent le bassin.

De plus, leur évolution correspond à une déchéance physique rapide et c'est surtout en ce cas que l'on rencontre ce facies ovarien caractéristique qui précède le dénouement final.

Les kystes *dermoïdes* sont en général plus petits bien que M. Faure en ait enlevé 2 « plus gros qu'une tête d'adulte ».

Ils évoluent lentement, ont une surface lisse, et sont de consistance pâteuse avec çà et là une sensation cartonnée ; de plus ils sont douloureux à l'examen (TILLAUX).

PRONOSTIC

Pour la mère

Les kystes ovariens altèrent rapidement la santé et chez une femme enceinte sont une cause de troubles et de complications multiples tant pendant la gestation qu'au moment de l'accouchement.

Si on les laisse évoluer ils peuvent rapidement jouer le rôle de tumeurs malignes : des accidents aigus peuvent assombrir le tableau.

Autrefois leur pronostic était très réservé car on n'intervenait pas.

Devant ces diverses complications que nous avons étudiées plus haut, et où on peut être amené à opérer dans de mauvaises conditions, nous devons conclure que les kystes ovariens doivent être extirpés et cela au plus vite. La bénignité opératoire est d'ailleurs en raison de la précocité de l'intervention ; son pronostic est un de ceux les meilleurs de la chirurgie abdominale.

Pour la grossesse

Que devient le produit de conception chez une femme porteuse de kystes bilatéraux des ovaires ?

a) **Sans intervention.** — Nous avons vu l'influence néfaste des kystes ovariens bilatéraux sur la grossesse et l'accouchement.

L'avortement, l'accouchement prématuré sont nombreux :

« M. Ribemont-Dessaignes évalue à 20 0/0 le nombre des avortements produits par le kyste de l'ovaire. Puech et Vanverts donnent une moyenne de 12, 5 0/0 (*in thèse Bernard*). »

Il faut ajouter ceux qu'une complication aiguë détermine ; les incidents d'un accouchement dystocique obligeant à intervenir dans de mauvaises conditions et amenant la mort du fœtus.

b) **Avec intervention.** — M. Pinard dit : « Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse doit être opéré ».

L'opération est l'ovariotomie.

Voyons ce que devient cette grossesse après l'intervention dans des kystes bilatéraux et à quel moment on doit intervenir.

Divers avis ont été émis au sujet de la date de l'intervention. Les uns veulent attendre les accidents pour opérer afin de reculer la date le plus possible dans l'espoir d'avoir un enfant viable ; les autres au contraire pensent que l'intervention doit suivre le diagnostic fait.

« Quand un kyste de l'ovaire est diagnostiqué pendant la première moitié de la gestation il faut intervenir ; pour ce qui est de la deuxième moitié la crainte des accidents suffit encore à légitimer l'intervention, d'autant plus que les accidents peuvent eux-mêmes être une cause d'interruption de la gestation ». (Pinard, Soc. Obst. Gyn 1905).

Mais, ici dans les cas qui nous intéressent s'ajoute un nouvel élément. Nous n'avons plus affaire à un kyste mais

à des kystes bilatéraux, et si nous pouvions, dans la première hypothèse, espérer l'hyperfonctionnement de l'autre ovaire pour rétablir l'équilibre, ici l'intervention est l'ovariotomie double et c'est le seul point délicat de la discussion.

Rôle du corps jaune

On sait le rôle important du corps jaune dans l'évolution de l'œuf et les expériences faites sur l'animal, pour montrer ce qu'il advient si on le détruit.

Le corps jaune gestatif est, chez la femme, contenu dans l'ovaire ; pendant les 4 premiers mois de la grossesse c'est une glande à sécrétion interne en pleine activité, puis il régresse jusqu'à la fin de la grossesse.

Fraenkel, Niskoubina ont montré que chez la lapine la suppression du corps jaune détermine l'arrêt de la grossesse ; ils concluent que le corps jaune fixe l'œuf.

Ancel et Bouin ont étudié le parallélisme qui existe entre l'évolution des corps jaunes et celle de l'utérus :

1^{re} phase : évolution.

2^{me} phase : régression.

Pottet dans sa thèse conclut sur ce sujet :

« L'action du corps jaune gestatif sur l'utérus se traduit par des phénomènes d'hyperhémie, d'hypertrophie, de multiplications cellulaires qui ont pour résultat de préparer cet organe à la fixation de l'œuf fécondé ».

Si on fait la castration bilatérale sur des lapines dans les six premiers jours après la fécondation, il n'y a pas gravité.

Fraenkel a, par des expériences minutieuses, prouvé que

ce résultat était dû à la suppression du corps jaune et non de l'ovaire en entier.

La lapine porte un mois, or toutes les expériences faites par Fraenkel, Niskoubina, Sokoloff, etc., ont montré que si on détruit les corps jaunes pendant la première moitié de la grossesse on détermine l'avortement ; si on les supprime pendant la seconde moitié la grossesse continue jusqu'au terme.

Or chez la lapine l'évolution du corps jaune se fait en 14 jours, puis se produit la régression ; peut-être est ce là l'explication de l'interruption de la grossesse : par la destruction du corps jaune pendant la première moitié avant que son action protectrice ait pu achever de s'exercer.

Chez la femme on compte au total 22, 5 0 0 d'interruption de la grossesse après intervention.

Lewy et Guéniot dans leur travail sur les kystes dermoïdes bilatéraux, donnent les résultats suivants :

Sur 7 observations ils trouvent 3 avortements sur des femmes opérées aux 5^e et 7^e mois (Obs. VIII, IX et X) et 4 continuation de grossesse pour des femmes opérées aux 2^e, 3^e, 5^e, et 9^e mois (Obs. IV, V, VI et XI).

Mainzer cite 17 ovariectomies doubles avec grossesse de 2 à 5 mois avec 12 accouchements normaux, 3 avortements et 2 accouchements prématurés.

Grosse en 1919 a rapporté un cas typique : Opération à la fin du 4^e mois avec accouchement à terme (Obs. III).

Sur 51 cas opérés dans les 4 premiers mois il compte 7 cas d'avortement, soit 13,7 0 0 ; ces cas sont surtout nombreux si on opère dans les 2 premiers mois, époque de grande activité du corps jaune.

Puech et Vanverts donnent les proportions suivantes d'avortements :

25 0/0 dans les 2 premiers mois :

11 0/0 au 3^e mois :

12 0/0 au 4^e mois.

Enfin dans les deux opérations que nous avons pu suivre on verra par leur lecture que l'ovariotomie double a été pratiquée respectivement 96 jours (Obs. I) et 93 jours (Obs. II) après les dernières règles ; or dans l'un et l'autre cas la grossesse s'est poursuivie normalement, l'accouchement a eu lieu à terme sans aucun incident.

Nous voyons donc qu'en moyenne l'influence du corps jaune s'exerce chez la femme durant les 3 premiers mois de la grossesse, et c'est à ce moment que son ablation peut entraîner l'interruption de la gestation, sans cependant que cela soit fatal. « Il semble indiqué, dit Grosse, d'attendre le 4^e mois pour pratiquer l'ovariotomie dans ce cas ».

Comment s'exerce cette influence du corps jaune ? Est-ce par son rôle antitoxique de destruction des substances nocives exercées sur l'organisme par la gestation ? Est-ce d'autre façon ? la question est toujours à l'étude.

Si l'on n'est pas intervenu dans la première moitié de la grossesse, il est préférable de laisser évoluer la grossesse et d'intervenir soit aux alentours du terme (Obs. XI) soit dès le début du travail (Obs. XII).

Le corps jaune gestatif a encore une action sur l'organisme maternel, sa suppression tout comme celle du corps jaune périodique amène des troubles tels que bouffées de chaleur, insomnie, tachycardie, dus à la suppression de sa sécrétion interne.

Son évolution est parallèle à celle de la glande mammaire et sa suppression devrait influencer l'allaitement.

Or les deux opérées de M. Faure sont actuellement d'excellentes nourrices, l'une d'elles, secondipare, qui lors de son premier accouchement avait eu peu de lait, nourrit bien son enfant.

Nous ne pensons d'ailleurs pas qu'il y ait une corrélation directe entre cette castration double et le développement des glandes mammaires. Mais :

1° Une secondipare est toujours meilleure nourrice qu'une primipare, c'est là une des premières qualités qu'on recherche dans le choix d'une nourrice.

2° Une femme ovariectomisée engraisse et peut-être le lait, aliment très gras, s'en trouve-t-il de meilleure qualité.

3° Dès que la menstruation réapparaît, nombre de nourrices ont leur lait qui diminue pendant leurs règles, ou il est de moins bonne qualité et la balance indique un fléchissement dans le poids de l'enfant. La suppression de cet acte physiologique est peut-être une des raisons qui font de ces femmes de bonnes nourrices.

TRAITEMENT

Pendant la grossesse

Les kystes ovariens bilatéraux commandent donc l'ovariotomie double abdominale.

Envisageons le cas le plus simple : opération faite dans les quatre premiers mois.

Il faut bien se garder de ponctionner un kyste à travers la paroi, c'est un traitement d'autant plus dangereux et et à rejeter que la femme est enceinte.

L'ovariotomie tentée en 1809 en Amérique, a vu son grand développement depuis que Koeberlé et Péan ont osé l'imposer en France. C'est une opération bien réglée, simple, et qui donne de très beaux résultats.

Préparatifs. — Comme pour toute laparotomie la femme sera à jeun, on rasera les poils du pubis et on stérilisera la peau de l'abdomen. Pour cela voici comment nous avons toujours fait dans le service de notre maître J.-L. Faure. La veille de l'opération on lave la peau à l'eau bouillie et au savon; on passe à l'alcool et à l'éther et on recouvre l'abdomen de compresses stériles tenues par un bandage.

Au moment de l'intervention la malade étant couchée sur

la table on n'aura avant de placer les champs opératoires, qu'à bien badigeonner le ventre à la teinture d'iode doublée.

On aura eu soin de faire une injection de morphine afin de prévenir les contractions utérines.

Nous ne parlerons pas des préparatifs des instruments, nous verrons que, outre la boîte ordinaire de laparotomie il sera nécessaire d'avoir des pinces à kyste de Péan et un trocart.

On endort la malade : chacun à ses préférences à ce sujet ; quant à nous, nous n'hésitons pas à vanter la supériorité du mélange de Schleich qui :

1° est sans danger immédiat ; depuis 15 ans que M. Faure l'emploie il n'a jamais vu d'accidents.

2° Les opérées vomissent très rarement et ici plus que jamais c'est un élément dont il faut tenir compte, les vomissements répétés pouvant avoir une répercussion sur les contractions utérines.

La patiente sera mise en position de Trendelenbourg qui a l'avantage de permettre de refouler plus aisément les anses intestinales vers le haut de l'abdomen.

Opération. — Le chirurgien étant placé à gauche, la paroi est incisée sur la ligne blanche, on fera une incision sous-ombilicale, elle doit être préférée à cause de sa plus grande simplicité à l'incision transversale de Pfannens-tiel. Celle-ci qui respecte la sangle abdominale est moins souvent suivie d'éventration, ce qui est un avantage surtout ici ; par contre, elle allonge l'intervention et peut produire des hématomes. On incisera le péritoine avec beau-

coup de précautions, car un gros kyste à paroi mince peut-être plaqué derrière.

On emploiera la méthode que nous avons toujours vu appliquer par M. Favre : On saisit de la main gauche la lèvre gauche de la plaie et on la soulève ; on ponctionne le péritoine de la pointe du bistouri, un sifflement caractéristique avertit le chirurgien qu'il est dans la cavité abdominale. De cette façon, grâce à quelques coups de ciseaux, le ventre est ouvert très rapidement, sans danger de lésion.

On refoulera les intestins à l'aide de grandes compresses en tissu tétra qui, en les maintenant, donneront du jour dans le bassin.

Il est de première importance ici de toucher le moins possible à l'utérus, de le bouger avec précautions.

Si les kystes sont de volume moyen, sans adhérences, on va immédiatement sur celui qui se présente le premier ; la main plongeant dans le ventre et passant derrière le kyste l'attire au dehors, on pince le pédicule, on le sectionne et on le lie avec du catgut, en ayant toujours soin de passer le fil à travers le pédicule avec une aiguille, afin que la ligature ne glisse pas.

On passe ensuite à l'examen de l'autre ovaire ; s'il est aisé à extraire on fait la même manœuvre. Si par hasard une partie d'un ovaire était restée saine à côté d'un kyste dermoïde on la conserverait, s'il était possible.

Si les kystes sont de gros volume il faut pour se donner du jour, au moins pour le premier, évacuer son contenu.

Pour cela on le ponctionne avec un gros trocart portant un tuyau d'écoulement.

On a eu soin de bien garnir le pourtour de cette incision

afin que du liquide qui peut être septique ne coule pas dans le ventre.

Lorsque le volume est réduit on ferme la petite incision avec une pince à kyste, et à l'aide de plusieurs de ces pinces on peut soulever la paroi vide de la tumeur.

On extirpe alors l'autre côté en employant les mêmes méthodes générales.

Si les kystes adhèrent il faut libérer ces adhérences à l'aide de compresses en allant tout doucement, surtout au niveau des intestins et de l'utérus.

Si ces adhérences tiennent seulement au pôle supérieur du kyste et si le pôle inférieur est libre, on devra, suivant la méthode de J. L. Faure, attaquer le kyste de bas en haut, sectionner d'abord le pédicule, décortiquer le kyste en allant vers les adhérences et ainsi la tumeur sera beaucoup plus aisée à extirper.

Les kystes du ligament large sont très difficiles à extraire par leur immobilité. On devra inciser le péritoine qui les recouvre pour pouvoir les saisir.

Les kystes étant extirpés, on fermera la paroi sans drainer autant que possible, il est préférable avec un utérus gravide de ne pas laisser de corps étranger dans le ventre.

On suture la paroi en 3 plans : suture péritonéale avec un surjet, de catgut ; suture des muscles et aponévrose aux points séparés au catgut ; suture de la peau aux agrafes de Michel, après avoir passé 3 crins doubles profonds que l'on serre ensuite par dessus un coussinet de gaze stérilisée, ce qui affronte les deux tranches et maintient la paroi, qui aura quelques mois plus tard à faire les frais de l'expulsion du fœtus.

Pendant le travail

Si l'on est appelé à intervenir à ce moment on devra s'occuper de la tumeur pelvienne, laissant en place l'abdominale qui n'empêche pas la sortie du fœtus.

Si le kyste bombe dans le Douglas on peut le vider par une simple colpôtomie, mais c'est un procédé dangereux et M. Couvelaire conseille d'extirper les tumeurs par voie haute après césarienne ; ou bien après l'ablation des tumeurs, de laisser l'accouchement se faire par les voies naturelles, en faisant une application de forceps pour n'avoir pas (à cause de la suture) à faire pousser la parturiente.

OBSERVATIONS

I. — Ovariectomies doubles opérées dans les 5 premiers mois de la grossesse, suivies d'accouchement à terme

A. — Observations inédites

Obs. I. — (Service du Prof. J. L. FAURE) *Kystes végétants bilatéraux des ovaires du 3^e mois de la grossesse.*

Mme S., vingt-cinq ans, sans profession, primipare.

Antécédents personnels. — Cette femme, réglée à l'âge de 11 ans, n'a jamais présenté aucun trouble de la menstruation : ni ménorragies, ni métrorragies.

Mariée le 15 décembre 1919, elle a eu ses dernières règles, du 18 au 20 décembre 1919.

Au début de février la malade a ressenti des douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs persistant plus ou moins continuellement.

Se croyant enceinte, elle va, en province où elle résidait alors, consulter un médecin qui ne se prononce pas au sujet de la grossesse et fait le diagnostic de rein flottant.

En arrivant à Paris, elle vient consulter notre maître M. Faure qui lui conseille d'entrer à Broca.

A l'entrée le 24 mars, on ne trouve aucune perte, aucun phénomène de compression, pas de constipation.

Le toucher bimanuel montre un col mou, allongé.

Le corps utérin remonte à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Dans le cul-de-sac latéral droit on perçoit une masse mobile remontant dans la fosse iliaque et empâtant tout le cul-de-sac.

A gauche : le cul-de-sac latéral et le Douglas sont remplis par une masse beaucoup moins volumineuse que celle de droite.

M. Faure fait le diagnostic de kystes bilatéraux de l'ovaire chez une femme enceinte de 3 mois et décide l'intervention.

Opération (M. FAURE) :

Le 26 mars 1920 sous anesthésie générale au mélange de Schleich.

Incision médiane sous-ombilicale.

Ablation du kyste droit qui descend dans le Douglas, et sur lequel on constate des végétations abondantes.

Ablation du kyste gauche, plus petit.

On respecte l'utérus.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Suites opératoires. — Le lendemain la température était de 38° ; le surlendemain de 37°7 puis descendait à 36°8 le matin et 37°3 le soir les jours suivants.

Il n'y eut aucun phénomène douloureux ; on eut soin les premiers jours de faire de la morphine et le 22 avril la malade quittait Broca en très bon état.

La grossesse continua normalement et le 30 septembre Mme S... accouchait chez elle d'un gros enfant qui ne fut pas pesé à sa naissance.

Accouchement. — Durée du travail : 9 heures.

Période d'expulsion : 2 heures.

Naissance d'une fille, ranimée.

Les suites de couches furent tout à fait normales ; la femme allaite son enfant depuis 4 mois sans aucune fatigue.

L'examen du ventre ne révèle rien.

Examen de la pièce (M. CHAMPY) :

Kyste droit du poids de 610 gr. est à contenu liquide. Il est

séparé en deux par un sillon, au fond duquel on aperçoit une petite masse qui est une portion d'ovaire.

Il présente de nombreuses végétations en voie de transformation carcinomateuse.

Kyste gauche pesant 200 gr., est développé aux dépens de l'ovaire gauche dont on ne retrouve nulle trace. Il est moins végétant que le premier.

Obs. II. — Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires opérés au cours du 3^e mois de la grossesse.

Mme P..., 28 ans, sans profession, secondipare.

Réglée à 13 ans, très régulièrement, ayant eu son premier accouchement il y a 17 mois, accouchement et suites de couches normaux; n'a pu allaiter son enfant que peu de temps n'ayant que peu de lait.

Dernières règles, 15 décembre.

Au début de mars Mme P... est gênée pour s'habiller par une tumeur abdominale qu'elle sent elle-même et qui l'étonne d'autant plus qu'au même âge de sa première grossesse, son abdomen était beaucoup moins développé.

Elle consulte M. Faure qui diagnostique une tumeur rétro-utérine chez une femme enceinte et conseille l'intervention.

Opération (M. FAURE) :

Le 18 mars 1920, sous anesthésie générale au Schleich.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Utérus gravide de six semaines environ. Tumeurs ovariennes bilatérales sans adhérences.

I, — à droite, la tumeur, moins volumineuse que de l'autre côté, est prolabée dans le Douglas.

Pas d'adhérences.

Section et ligature des pédicules.

II, — à gauche, tumeur du volume du poing, blanchâtre, irrégulière.

Section et ligature des pédicules.

Fermeture en 3 plans, sans drainage.

Suites opératoires normales. La grossesse continue son évolution sans provoquer aucun trouble.

Accouchement le 17 octobre normal.

Présentation : OIDP.

Rien à signaler dans les suites de couches.

Mme P... allaite son enfant ; son état général est excellent. Elle se plaint seulement de quelques bouffées de chaleur.

Examen de la pièce (M. CHAMPY) :

Kystes dermoïdes bilatéraux pesant 82 gr. à droite et 122 gr. à gauche ; de couleur blanc nacré contenant des cheveux.

A la coupe :

à droite : kyste dermoïde sans tissu ovariën ;

à gauche : une partie de l'ovaire est intacte.

B. — Autres observations

Obs. III. — (GROSSE, in *Annales de Gyn. et Obst.*) :

Ovariectomie double pour kystes ovariens bilatéraux à la fin du 4^e mois de la grossesse. Suppression du corps jaune. Accouchement à terme.

Femme de 34 ans. Réglée à 13 ans. II pare.

Dernières règles : du 20 au 25 juin 1913.

Remarque que son ventre grossit très rapidement et au mois d'octobre ressent de vives douleurs.

A l'examen on trouve des phénomènes de torsion (vomissements, ballonnement) et on sent au palper une tumeur dans le flanc gauche ; on pense à un kyste.

Le toucher bimanuel révèle l'existence d'une tumeur en arrière dans le cul-de-sac postérieur et droit et indépendante de la première tumeur.

On pose le diagnostic de kystes ovariens bilatéraux chez une gestante de 4 mois.

Opération. Le 7 novembre,

Laparotomie.

Kyste gauche hématique, adhérent.

Kyste droit, de la grosseur d'une orange, contient un corps jaune gestatif normal.

Suites opératoires normales.

Accouchement normal par forceps pour procidence du cordon.

Enfant vivant de 3650 gr, nourri au sein.

Obs. IV. — BANTOCK, *in Rev. de Pozzi*. Travail Lœwy et Guéniot) :

Femme de 34 ans, porteuse de kystes bilatéraux et enceinte de 3 mois.

Ovariectomie. Continuation de la grossesse.

Obs. V. — (GALABIN, *in id.*) :

Grossesse de 5 mois, ovariectomie double sans interruption de la grossesse.

Obs. VI. — (MANGIN, *in id.*) :

Femme enceinte de 2 mois. Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. Ovariectomie double.

Accouchement à terme.

II. — Ovariectomies suivies d'avortement

Obs. VII. — (*in Th.* BERNARD) :

Kystes ovariens bilatéraux opérés au 3^e mois de la gestation.

En 1910. Mme A..., 21 ans, sans profession, ayant eu ses règles à 11 ans 1/2, toujours irrégulièrement avec des retards et des périodes d'aménorrhée vers 14 ans. Règles douloureuses.

III pare ; premier accouchement il y a 3 ans. La femme a allaité son enfant pendant 22 mois et a eu ses règles malgré l'allaitement.

Dernières règles : 24-31 mai 1910 :

La femme se plaint de douleurs dans le ventre et elle sent depuis 8 jours une masse qui roule au niveau de la fosse iliaque gauche.

Elle entre à Baudelocque où l'on fait les constatations suivantes :

Utérus remontant à 3 travers de doigt au-dessus du pubis ayant la consistance d'un utérus gravide.

Au toucher : col dévié à droite et en arrière.

Cul-de-sac gauche : petite tumeur du volume d'un œuf, de consistance dure, indolore à la pression, mobile.

Cul-de-sac droit : On croit reconnaître une petite masse à contour imprécis dont les limites sont impossibles à fixer.

Opération (M. POTOCKI) 1^{er} septembre 1910 :

Laparotomie. Incision verticale médiane. On voit à gauche un kyste de l'ovaire du volume d'une mandarine reliée à la corne gauche par un pédicule de 8 cm. de long environ tordu 2 fois de haut en bas et de gauche à droite. Section et ablation des annexes gauches.

Annexes droites : kyste de l'ovaire à pédicule court, non tordu du volume d'une petite noix, ablation.

Suture de la paroi.

Suites opératoires normales.

Le 4^e jour : expulsion d'un œuf complet du poids de 130 gr.

Obs. VIII. — MUNDE, (*in Rev. de Pozzi*) :

Ovariectomie double sur une femme enceinte de 6 mois avec deux kystes dermoïdes. Avortement.

Obs. IX. — (BRAUN) *in Rev. de Pozzi* :

Femme enceinte de 5 mois.

Ovariectomie double.

Avortement après 14 jours.

Obs. X. — (CORTIGUERA, *in Rev. de Pozzi*) :

Grossesse de 7 mois, kystes de l'ovaire. Ovariectomie. Avortement.

III. — Ovariectomies à terme ou pendant le travail, suivies de la naissance d'enfant vivant

Obs. XI. — (MERSE, *in Rev. de Pozzi*) :

Femme au 9^e mois de sa grossesse porteuse de kystes ovariens doubles.

Ovariectomie double.

Accouchement normal.

Obs. XII. — *in Th. BERNARD*) :

En 1919 Mme B. M..., 30 ans, sans profession, réglée à 10 ans, régulièrement sans douleurs.

Primipare. Dernières règles 15-20 novembre 1918.

La gestation n'a été troublée par aucune complication mais une sage-femme a remarqué à partir du quatrième mois un développement excessif du ventre qui n'était pas en rapport avec l'âge de la gestation.

Entrée à Baudelocque, le 6 août.

Le ventre est très développé ; la tumeur abdominale est haute de 42 cm. et la circonférence au niveau de l'ombilic mesure 119 cm.

On note de l'œdème sus-pubien et des membres inférieurs.

Au palper : on sent une tête dans l'hypogastre droit, et au niveau du flanc gauche une grosse tumeur, rénitente, difficile à délimiter, faisant penser à un kyste de l'ovaire.

Au toucher : col en haut et en avant, repoussé par la symphyse.

Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur qui correspond à la tumeur que l'on a trouvée dans le flanc gauche. On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Le 22 septembre à 18 heures, rupture de la poche des eaux.

Opération (M. Lévy) 22 septembre.

Laparotomie. Un peu d'ascite citrine dans laquelle on trouve

2 corps étrangers péritonéaux l'un gros comme un haricot, l'autre comme une lentille.

Extériorisation de l'utérus, énucléation d'un volumineux kyste de l'ovaire gauche dont une partie pénétrant dans l'excavation pelvienne. Ce kyste est relié à l'utérus par un pédicule, il adhère au niveau du côlon sigmoïde et du ligament large. Extraction du kyste gauche.

On trouve un autre kyste, gros comme deux poings, lequel est également prævia. Dans ces conditions on décide de pratiquer une césarienne suivie d'hystérectomie. Extraction d'un enfant vivant pesant 4,350 gr.

Suites opératoires normales. Guérison. Sort en bon état le 18 octobre 1919.

Examen de la pièce :

Kystes bilatéraux.

A gauche : très volumineux.

A droite : gros comme deux poings.

Coloration bleuâtre ; sont pluriloculaires.

Leur face extérieure présente la trace de multiples adhérences mais on n'y trouve pas de végétations extra-kystiques.

CONCLUSIONS

De nos recherches nous concluons donc :

I. — Une femme porteuse de kystes bilatéraux des ovaires, qu'ils soient mucoïdes ou dermoïdes peut devenir enceinte.

II. — Ces kystes sont influencés par la grossesse dans leur développement rapide ou leur transformation maligne.

III. — Les kystes bilatéraux ont une répercussion sur la grossesse et sont cause de complications graves tant pendant le cours de la gestation qu'au moment de l'accouchement.

IV. — Les kystes bilatéraux chez une femme enceinte doivent être extirpés autant que possible entre le 3^e et le 4^e mois ; le mieux est de pratiquer l'ovariotomie double.

V. — Malgré cette castration double qui supprime le corps jaune, la grossesse peut aller à terme, l'accouchement et l'allaitement sont normaux.

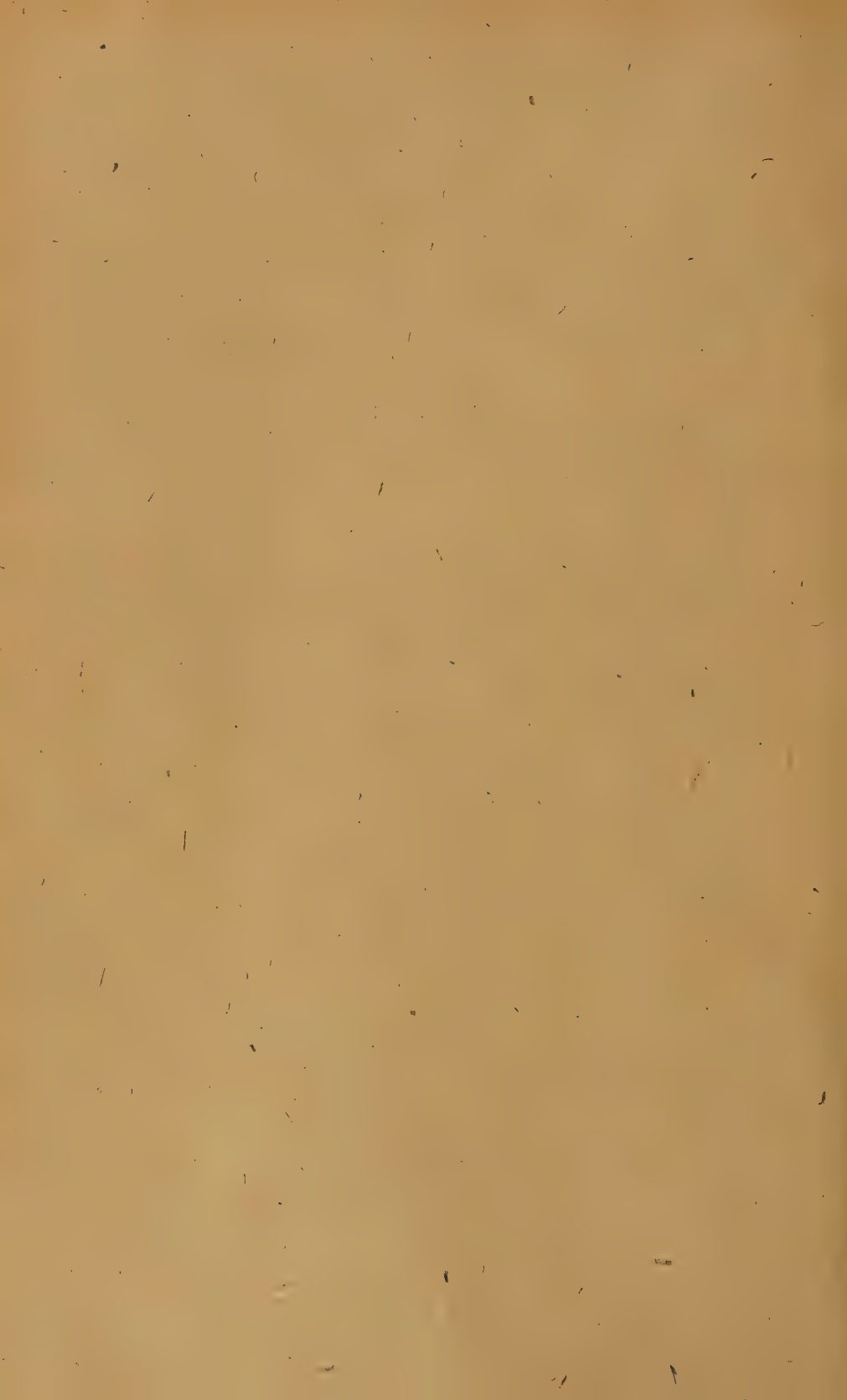
Vu, le Doyen, Vu, le Président,

H. ROGER. J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.



BIBLIOGRAPHIE

ANCEL et BOUIN, Bulletin de la Société biologique 1908.

ANDÉRODIAS, Ovariectomie double (*Société d'Obstétrique de Paris* 1900).

BERNARD, Kystes de l'ovaire dans leurs rapports avec la gestation, l'accouchement et les suites de couches. *Thèse Paris* 1920.

BRINDEAU, Kystes de l'ovaire et grossesse (*Rev. génér. de clinique et de thérapeutique*. Paris 1911).

CAMPBELL, Note on a case of bilateral ovarian dermoid tumour associated with pregnancy. (*Lancet*. London 1907).

CASTAN, Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. (Toulouse 1902).

CONDAMIN, Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires et grossesse (*Bull. Soc. de Chir.* Lyon 1903).

COUDERT, *Thèse*. Paris 1904.

COUVELAIRE, Société Obstétrique et Gynécologie 21 juillet 1902.

DELBET, Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie 1907.

DELETTREZ, Kystes dermoïdes des deux ovaires et grossesse. (Bruxelles 1914).

DELPORTE, Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires et grossesse. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique* 1908).

DIVARIS, *Thèse*. Lyon 1899.

DSIRNE, Ovariectomie pendant la grossesse.

FAURE (J. L.), Chirurgie des Annexes de l'utérus 1902.

FAURE (J. L.), Kystes de l'ovaire et grossesse : 3 cas de torsion, 3 laparotomies, 3 guérisons (travail de M. Lapeyre). *Rapport Soc. de Chirurgie*, 20 juillet 1904.

FAURE (J. L.) et SIREDEY, *Traité de Gynécologie*.

FERRAND, *Thèse*. Paris 1920.

GROSSE, Ovariectomie double pour Kystes ovariens bilatéraux à la fin du 4^e mois de la grossesse (*Annales de Gyn. et Obst.* 1919).

GUÉRIN-VALMALE, Kystes de l'ovaire et grossesse. (*Gazette des Hôpitaux*. Paris 1914).

JEANNIN, Kyste végétant de l'ovaire. Ovariectomie. Avortement. (*Soc. Obstétrique*. Paris 1909).

LEPAGE, Traitement des Kystes ovariens praevia. (*Soc. Obst. et Gyn.* 1912).

LOEWY et GUÉNIOT, Etude sur les Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires (*Revue de Gynécologie de Pozzi* 1902).

MAINZER, 1895.

MANTON, Double ovarian dermoids in pregnancy. (*Surgeon Gynec. and Obst.* Chicago 1911).

MASSART, Tumeur de l'ovaire et grossesse. (*Soc. Anatomique* 1920).

MAYO-ROBSON, Quelques rapports de la grossesse et de la chirurgie. (*British Medical journal*).

NISKOURINA, *Thèse*. Nancy 1909.

PÉRIER, Académie de Médecine (janvier 1897).

PINARD, Société d'obstétrique et Gynécologie (mars 1900 et mai 1900).

PINTO (ALVRES), Kyste de l'ovaire pendant la grossesse (*Thèse* Paris 1918).

POAILLON, Ovariectomie double chez une femme enceinte. Continuation de la grossesse. Accouchement à terme d'un enfant vivant (*Bulletins de l'Académie de Médecine* 1892).

POTIERAT, Kystes dermoïdes des deux ovaires. (*Société de Chirurgie* 1902).

POTTET, Contribution à l'étude anatomique, histologique et

physiologique du corps jaune pendant la grossesse. *Thèse de Paris* 1910.

PRENANT, De la valeur morphologique du corps jaune. (*Revue générale des Sciences pures et appliquées* 1898).

PUECH et VANVERTS, Tumeurs de l'ovaire et grossesse. (*Annales de Gynécologie et Obstétrique* 1913 et *Congrès de Lille* 1913).

STROPENI, Ovariectomia bilaterale in gravidanza ; parto a termine. (*Ann. di Ostetrica*. Milano 1916).

SUTTON, Double ovariectomy followed by pregnancy, double ovariectomy during pregnancy followed by the birth of twins at term. — (*Cong. périod. international de Gynécologie et Obstétrique*. Genève 1896).

VANVERTS, Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie. Paris 1912

VINCENT et FERRARI, Remarque sur le traitement des Kystes de l'ovaire pendant la grossesse et l'accouchement. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie* 1912).

WALLICH et MOUCHOTTE, Kystes de l'ovaire compliquant la grossesse. (*Compte-rendu de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie* 1907).

WALTHER, Bulletin de la Société de Chirurgie 1901

SAINT AMAND (CHER) — IMPRIMERIE CLERC-DANIEL.
